

**Seelische Erkrankungen bei ausländischen Arbeitern
nach klinischen und sozialen Aspekten**

Mohammed Towfigh-Kouzekonanie

1973



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554604_0075

Aus der Psychiatrischen Klinik der
Universität München

Direktor: Prof. Dr. H. Hippus

Seelische Erkrankungen bei ausländischen Arbeitern
nach klinischen und sozialen Aspekten

Inaugural - Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Mohammed Towfigh-Kouzekonanie

aus

Täbris / Iran

München 1973

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Universität München

Berichterstatter: Professor Dr. Heinz Dietrich

Mitberichterstatter: Oberarzt Dr. Michael von Cranach

Dekan: Professor Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 11.12.1973



Pro meis parentibus

INHALTSVERZEICHNIS	SEITE
I. EINLEITUNG	
Problemstellung, Begründung und Eingrenzung der Fragestellung	1 - 2
II. Stand der Literatur und wissenschaftlichen Diskussion zur Problematik	3 - 15
III. Klinischer Teil	15 - 22
Darstellung und Analyse der Krankengeschichten	
Klassifikation und Auswertung der in den Krankengeschichten enthaltenen Daten	
Demographische Daten und Relationen (Herkunftsland, Alter, Geschlecht)	
Aufenthaltsdauer zum Zeitpunkt der Erkrankung	
Krankheitsbilder (Diagnose)	
Beschwerden der Patienten (subjektiv)	
Therapiemaßnahmen	
Behandlungsdauer	
Behandlungserfolg	
Ergebnisse	
IV. Zusammenfassung	23 - 24
Tabellen 1 - 9	25 - 33
Tabellen nach Pintér	34 - 37
Anhang Zwingmann	38 - 40
V. Literaturverzeichnis	

I. EINLEITUNG

Problemstellung, Begründung und Eingrenzung der Fragestellung

In der vorliegenden Arbeit werden seelische Erkrankungen bei Ausländern - vornehmlich bei in München wohnhaften und beschäftigten Gastarbeitern auch Studenten -, die im Zeitraum von 1969 bis 1971 in der Universitätsklinik stationär behandelt wurden nach klinischen und sozialen Gesichtspunkten analysiert. In der Fachliteratur werden diese Erkrankungen auch als Migrationskrankheiten bezeichnet. Das Thema steht auch in enger Beziehung zu sozial-psychiatrischen Problemen. Nach Cranach-Finzen gilt das Interesse der Sozialpsychiatrie "der Bedeutung sozialer Faktoren für den Verlauf, die Ausprägung und die Genese psychischer Störungen sowie den Wechselbeziehungen zwischen dem psychisch Kranken und seiner Umwelt"..... "Die Dimension des Sozialen in der Psychiatrie ist im deutschen Sprachraum lange vernachlässigt worden. Nach vielversprechenden Ansätzen in den 20iger Jahren"..... hat sie "erst während der letzten 10 Jahre" wieder an Bedeutung gewonnen.

Exogen bedingte, durch Umweltfaktoren verursachte oder ausgelöste seelische Störungen müssen, da sie in den letzten Jahrzehnten vermehrt auftraten, als Zivilisationskrankheiten angesehen werden, mit anderen Worten als Folgeerscheinungen durch die Umweltveränderung bedingt, die sich aus rascher Industrialisierung, Technisierung, Bevölkerungsballung und Wanderungsprozessen ergeben haben, also meist eine Multi-kausalität aufweisen (vgl. auch hierzu Müller-Hegemann in Soziogene Neurosen und Psychosen in Social Psychiatry Vol. 2 Nr. 2 1967, S. 81 ff). Müller-Hegemann stellt aufgrund

eigener Untersuchungen fest, daß soziogene Neurosen und Psychosen immer häufiger auftreten und daß fortdauernde Entwurzelung, Konflikterlebnisse und Vereinsamung besonders bei frühzeitigem Beginn schwerer psychischer Belastungen stets die Gefahr einer Entwicklung reaktiver Psychosen mit sich führen. (29)

Finzen schreibt 1972 (in seiner Einführung zu sozialpsychiatrischen Texten (6) "Psychische Krankheit ist ein sozialer Prozeß. Psychische Krankheiten sind unabhängig von ihrem sonstigen Charakter immer auch Verhaltensstörungen.... . Wo eine aktive Psychiatrie mit dem Ziel der Wiedereingliederung des Patienten betrieben wird, gewinnen soziale Kriterien mit der Beherrschung akuter Krankheitssymptome rasch den Vorrang..... . Unabhängig von der Ätiologie der Erkrankung nehmen soziale Faktoren gewichtigen Einfluß auf das individuelle Schicksal jedes einzelnen psychisch Kranken, "seine berufliche Situation ebenso wie seine Familienverhältnisse, seine Sicht von sich selber ebenso wie sein Bild in der Sicht seiner Umwelt..... " .

Brown und Berley (1970) haben sogar die Bedeutung konkreter sozialer Ereignisse bei der Manifestation schizophrener Psychosen überzeugend nachgewiesen (zit. nach Finzen a.a.Ort S. 4). Seelische Erkrankungen mit migrations-spezifischen Syndromen bei ausländischen Arbeitnehmern und Studenten, stellen ein interessantes wenn auch sehr komplexes Arbeitsgebiet für den Psychiater dar, das allerdings durch Sprach- und Kulturbarrrieren oft recht schwierig und noch immer zu wenig erforscht ist. .

II. Zum derzeitigen Stand der Problematik in der fachwissenschaftlichen Literatur

Die Fachliteratur zu den sogenannten Migrationskrankheiten ist recht umfangreich.

Auch zur Problematik der Gastarbeitererkrankungen gibt es einige Beiträge. Es wird deshalb hier nur versucht, zu den wichtigsten Aspekten migrationsspezifischer Syndrome repräsentative Stellungnahmen aus der Fachliteratur anzuführen. Zunächst wird kurz die Auseinandersetzung mit der Umweltproblematik und ihren Folgen skizziert, denen sich ein Ausländer gegenüber sieht.

1. Im Zusammenhang mit der Umweltproblematik, mit der sich der Mensch, insbesondere der Ausländer auseinandersetzen muß, sind zunächst die Faktoren zu nennen, die sein Verhalten prägen.
Zur Persönlichkeitsstruktur gehören einmal die Anlagen, (physische, psychische und intellektuelle) und dann die internationalisierten Normen und Werte, die dem Menschen durch sein heimatliches gesellschaftliches System vermittelt wurden. Soziale Institutionen wie die Familie, die Religion, das Bildungswesen und der Beruf oder die Arbeit haben in jedem Lande eigene strukturelle und funktionale Besonderheiten, die man insgesamt als Kultur bezeichnet.

Mit Hilfe der ihm durch die genannten Institutionen vermittelten Kultur muß der in ein anderes Milieu versetzte Mensch versuchen, sich der dortigen, anderen Kultur anzupassen.

Der Prozeß des "social adjustment" und der Adaption bringt für den Menschen je nach Persönlichkeit erhebliche seelische Belastungen mit sich.

Die ausländischen Arbeitnehmer kommen laut Statistik in der Mehrzahl aus wenig industrialisierten Ländern, oft aus ländlichen Gegenden und sehen sich plötzlich in ein durch KulturbARRIEREN noch fremderen hochindustrialisiertes Großstadtmilieu versetzt. Während im heutigen Zeitalter der rasch fortschreitenden technischen Zivilisation der Urbanisierungstrend bereits für die ländliche Bevölkerung des eigenen Landes eine starke Anpassungsbelastung darstellt, - wie in vielen sozialwissenschaftlichen Arbeiten festgestellt wurde - so vermehren sich diese Belastungen wesentlich für den Ausländer. Durch die Anonymität der Großstadt und aufgrund der Zugehörigkeit zu einer ausländischen Minorität werden Isolierung und Kontaktmangel begünstigt, wodurch die Anpassung und Integration des Ausländers zusätzlich erschwert wird. Zu seinem im allgemeinen niedrigen Bildungsstand und seinen dort wie hier bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen kommen noch Sprachbarrieren die ihn von den Bewohnern des Gastlandes trennen.

In diesem Zusammenhang ist auf Untersuchungen zum Verfolgungswahn bei sprachlich Isolierten kurz hinzuweisen.

R. Allers (1) berichtete über ähnliche wie die schon von Kraepelin beschriebene Psychosen bei Schwerhörigen, Psychosen bei sprachlich Isolierten am Beispiel von drei Fällen, die er bei Kriegsgefangenen beobachtete.

Beim ersten und zweiten Fall war das Zustandsbild eine ängstliche, depressiv-gereizte Affektlage mit Verfolgungswahn, weil die Patienten sich sprachlich isoliert fühlten und in einer fremden Umgebung waren. Im dritten Fall wurde bei vergleichbaren Symptomen ein Suicidversuch beobachtet. Meist trat, wie Allers berichtet, nach sprachlichem Kontakt mit dem Arzt Besserung ein. Einer Untersuchung von F. Houston und A.B. Royse (1954) zufolge waren eine Gruppe tauber psychiatrischer Patienten mit nicht tauben Patienten gleichen Alters und Geschlechts verglichen worden. Statistisch wurde bei den tauben Patienten eine signifikant höhere Anzahl paranoider Erkrankungen als unter den nicht tauben Patienten nachgewiesen.

Am Rande sei erwähnt, daß auch die Erkenntnisse der Angstforschung im Zusammenhang mit exogen bedingten seelischen Erkrankungen sowie der Erarbeitung von Vorbeugungsmaßnahmen von großer Wichtigkeit erscheinen (Condeau et. al.).

Eine mangelhafte Bewältigung der in der fremden Umgebung verlangten Anpassung kann bei Ausländern zu seelischen Störungen führen, die sich schließlich in Leistungsabfall, abweichendem Verhalten (z.B. Aggressionen), psychogenen Funktionsstörungen, organischen Erkrankungen sowie abnormen Reaktionen zeigen können. Unter den Faktoren, die solche abnormen Reaktionen begünstigen, erscheinen folgende besonders wichtig: Angst und Schuldgefühle, Entfremdung, Konflikte und nostalgische Reaktionen, wobei zu beachten ist, daß

alle diese Faktoren deshalb verstärkt wirksam werden, weil sich die Gastarbeiter - bewußt oder unbewußt - als Minderheit empfinden. Dabei ist als bekannt vorauszusetzen, daß Vorurteile und Aggressionen die Problematik von Minderheiten determinieren. R.E. Kendell (21) stellt im Zusammenhang mit Depressionen bei ethnischen Minderheiten die Hypothese auf, daß "Depressionen (sowohl als Stimmungszustand als auch psychiatrisches Syndrom) durch Hemmung aggressiver Reaktionen auf Frustration verursacht" werde..... . Wenige Befunde lassen sich absichern..... . Im allgemeinen scheinen jedoch die Varianten in der Inzidenzrate für Depressionen von einer Situation zur anderen - von einer Kultur zur anderen - mit den Forderungen der Hypothese übereinzustimmen".

Die folgende Arbeit über Wanderung und psychische Erkrankungen von B.Malzberg, E.S. Lee sowie D.S.Thomas (9) aus New York wird angeführt, weil die Erkrankungszeiträume und das Minoritätenproblem bei Migranten erkannt wurde.

Diese Studie differenziert bezüglich seelischer Erkrankungen bei weißen und nichtweißen Zuwanderern in die Stadt New York im Zeitraum zwischen 1939 und 1941. Die Erstaufnahmen in Krankenhäusern wurden registriert. Es wurde zwischen Dementia praecox, manisch depressiven Psychosen und anderen Psychosen unterschieden. Die Zahl der Erkrankungen war unter den Zuwanderern höher als bei der Stammbevölkerung, was aber zum Teil auch mit dem Mangel an vorheriger ärztlicher Behandlung der Zugewanderten aus weniger entwickelten Gebieten erklärt wird.

Die Zahl der Erkrankungen war unter den innerhalb der letzten 5 Jahre Zugewanderten zweimal so hoch als unter der entsprechenden Stammbevölkerung der Stadt New York. Am höchsten war die Zahl der Krankheitsfälle im 1. Jahr nach der Zuwanderung und zwar besonders bei der nichtweißen Bevölkerung, die eine 5-fache Erkrankungsrate aufwies.

Der Zuwanderungszeitfaktor wurde als wichtigster Faktor bei den seelischen Erkrankungen gewertet. Über 5 Jahre Ansässige Zugewanderte lagen mit Erkrankungshäufigkeit nur noch 25 % über der immer ansässig gewesenen Stammbevölkerung (vgl. auch hierzu Eitinger (8)).

Der Ausländer erfährt in seiner neuen Umgebung aktive und passive Anpassungsschwierigkeiten, deren Bewältigung ihm in unterschiedlichem Maße gelingt. Er übernimmt entsprechend seiner Anpassung an die neue Umwelt auch deren Probleme und Ängste und muß außerdem seine eigenen bereits mitgebrachten Probleme und Ängste mitverarbeiten. Außerdem spielen nostalgische Reaktionen eine oft nicht unerhebliche Rolle.

2. Die Heimwehkrankheit als Form der Migrationskrankheit wurde bereits im 17. Jahrhundert als Nostalgie entdeckt. Sie wurde damals auch die Schweizer Krankheit genannt. Im Rahmen der damaligen Krankheitslehre - Psychiatrie gab es noch nicht - befaßten sich viele Arbeiten und Dissertationen mit diesem Phänomen. Auch in der französischen medizinischen Literatur wurde seit dem 18. Jahrhundert bis zu Benoist über das "mal du pays" gearbeitet (vgl. hierzu I. K. Jaspers (9)).

Bis zum Beginn dieses Jahrhunderts werden keine forensischen Fälle erwähnt. Jaspers trennt normales von krankhaftem Heimweh und unterstellt Entwicklungshemmungen der Persönlichkeit (ebenda).

K. Wilmanns (53) erklärt Heimwehdelikte mit impulsivem Irresein; ähnlich auch Boas (1910) und Ihlberg (1920) (Brandstiftung oder Tötung)). In der modernen psychiatrischen Literatur ist das Problem des Heimwehs als Krankheitsursache noch wenig zu finden. Zwingmann (58/59) hat sich ausführlich damit auseinandergesetzt. Da die in der vorliegenden Arbeit untersuchten Krankengeschichten den Aspekt des Heimwehs nicht erkennen lassen, werden Zwingmanns Argumente im Anhang kurzgefaßt zusammengestellt.

3. Unterschiede der migrationsspezifischen Syndrome

Zwar beschäftigen sich nicht wenige wissenschaftliche Untersuchungen und Berichte mit seelischen Erkrankungen infolge von Gefangenschaft, Aufenthalt in Konzentrationslagern u.ä., aber die Voraussetzungen für die seelischen Störungen solcher Häftlinge oder Zwangsarbeiter, die wie z.B. während und nach dem 2. Weltkrieg meist wahllos zusammengetrieben, deportiert und oder isoliert wurden, weichen doch erheblich von denen der Gastarbeiter ab, die freiwillig in das Ausland zum Arbeiten gehen und jederzeit in ihre Heimat zurückkehren können. Die Unterschiede der migrationsspezifischen Syndrome spielen hier eine große Rolle (vgl. w.u. Pintér (42)).

Schließlich stellen ausländische Arbeitnehmer und Studenten in verschiedener Hinsicht eher eine "positive Auslese" dar, denn sie haben die für eine solche Entscheidung aus

eigenem Willen notwendige Aktivität und Entschlußkraft aufgebracht und mußten sich außerdem in den meisten Fällen einer ärztlichen Untersuchung unterziehen, um einen Arbeitsplatz oder auch Studienplatz vermittelt zu bekommen.

4. Zu psychischen Erkrankungen in Konzentrationslagern, in Kriegsgefangenenlagern und bei Flüchtlingen

V.E. Frankl (10) u.a. (Cohen, Helweg-Larsen, Thygesen, Kieler) berichten übereinstimmend, daß in Konzentrationslagern depressive Reaktionen, Angstneurosen, Psychosen, hysterische Symptome und Suicidversuche nur selten beobachtet wurden. In der dem Aufnahmeschock folgenden Anpassungsphase wurde Apathie oder Aggression beobachtet. Demgegenüber berichtet Kornhuber (1961) über abnorme Erlebnisreaktionen in Kriegsgefangenschaft, daß nach 1945 in westlichen Kriegsgefangenenlagern häufiger als in östlichen schwere reaktive Angstzustände beobachtet werden konnten.

Suicide während der Gefangenschaft und auch reaktive Depressionen seien in Kriegsgefangenschaft selten gewesen. Bei schweren Dauerbelastungen durch chronischen Hunger oder schwere Arbeit wären abnorme Erlebnisreaktionen und Neurosen sehr selten gewesen. Abnorme Erlebnisreaktionen wurden hingegen besonders nach der Heimkehr beobachtet. Auch hebt Dubitscher besonders im ersten halben Jahr (bis zu 2 Jahren) eine erhöhte Suicidhäufigkeit hervor (S. 705).

Zusammenfassend wird festgestellt, daß "abnorme Reaktionen und psychopathisches Verhalten sehr abhängig von der je gegenwärtigen Situation" sind, jedoch "weniger von der Quantität der Belastung als vielmehr von bestimmten qualitativen Bedingungen" (S. 697).

L. Eitinger (8) berichtet über seelische Erkrankungen unter Flüchtlingen in Norwegen nach dem 2. Weltkrieg. Er verweist dabei auf die Arbeiten von Ödegard (33) und Malzberg und Lee (9) die vorwiegend freiwillige Emigranten untersucht haben.

Von den ca. 140 000 1947 in Norwegen registrierten Flüchtlingen waren 25 % Frauen. Psychiatrisch wurden 3,19 % der Flüchtlinge behandelt (60 Fälle).

davon waren	14 Fälle	Schizophrenie
	42 Fälle (2,2 %)	reaktive Psychosen
	50 Fälle (3,5 %)	waren männlichen
	10 Fälle (2,16 %)	waren weiblichen Geschlechts.

Mehr als 40 % der reaktiven Erkrankungen brachen im 1. Jahr aus, ca. 65 % der reaktiven Psychosen innerhalb der ersten 3 Jahre nach dem Krieg.

Auch Eitinger nennt als die beiden wichtigsten psychodynamischen Elemente, die die Krankheitsbilder bestimmten, Isolierung und Unsicherheit. Die Frage, ob es sich um praemorbide Personen oder die Einwirkung externen Stresses handelt, kann der Autor nicht beantworten; seiner Meinung nach stehen aber beide Faktoren in Zusammenhang.

M. Pfister-Amende (39) befaßt sich eingehend mit migrationsspezifischen Faktoren bei Flüchtlingen und Vertriebenen und dem psychologischen Problem der Entwurzelung und Umwurzelung. Sie hält dabei 5 Gesichtspunkte für besonders wichtig:

- a) der Rahmen des Menschen in sozialer, seelischer und materialler Sicht vor der Flucht,
- b) die oft unbewußten Motive des Weggehens,
- c) materielle und seelische Substanz, die der Flüchtling mit sich nehmen kann (z.B. auch Schutzmechanismen oder der Grad der Mobilitätserfahrung),
- d) Erlebnisform und Dauer dieser Wanderschaft,
- e) Ende der Wanderschaft: Aufbau einer neuen Existenz, Vakuum oder Möglichkeit einer Rückkehr.

Pintér (42) versuchte, einige charakteristische psychische Zustandsbilder südländischer und osteuropäischer Emigranten am Beispiel von in der Schweiz lebenden Gastarbeitern und ungarischen Flüchtlingen zu demonstrieren.

Dabei stellte er die These auf, daß "die Verschiedenartigkeit der sogenannten migrationsspezifischen Syndrome auf der Verschiedenheit der Herkunft, der Wandermotive und der Sozialrolle im Aufnahmeland beruht. " Er geht auf zwei häufig beobachtete Zustandsbilder ein:

Bei den Südländern handelt es sich nach Pintér (vgl. auch Tab. LI, XLIX, LV, LVI) um hypochondrische Entwurzelungssyndrome (vgl. hierzu auch H. Wyssn, H. Kluge, H. Bürger-Prinz), bei den Ungarnflüchtlingen um den "Beziehungswahn im kultur-fremden Milieu", den Pintér auch mit dem Verfolgungswahn der Schwerhörigen, dem primitiven Beziehungswahn (K. Schneider, F. Knigge) und der Wahnbildung in fremder Umgebung (R. Allers) nachzuweisen versucht (48/22/1). Auch M. Risso und W. Böker (45) beschäftigen sich mit psychischen Erkrankungen süditalienischer Gastarbeiter in der Schweiz. Sie berichten über 10 in Bern und Zürich untersuchte Fälle. Die Patienten stammten aus wirtschaftlich unterentwickelten Gebieten, hatten mangelhafte Schulbildung. "Zuhause hatten sie in einer magischen Welt gelebt und erfuhren nun den Zusammenstoß mit der rationalistischen mitteleuropäischen Welt und Geisteshaltung in der Schweiz". Eine wichtige Rolle habe meist auch die Beziehung zwischen den Geschlechtern, die in Süditalien streng geregelt ist, gespielt.

Die Symptomatologie bei den Patienten war einheitlich, es waren nur quantitative, keine qualitativen Unterschiede festzustellen gewesen: Vorwiegend Angst, Depressionen, Hemmungen des Willens, schwere Körperveränderungsgefühle und der alles beherrschende Wahn, verhext zu sein.

Es wurde die Bedeutung der magischen Welt für seelische Erkrankungen herausgestellt.

Der Südtaliener kenne auch nicht den Zustand des seelischen nicht faßbaren Gestörtseins des Geisteskranken.

In der Regel waren die angestauten Angstgefühle in Ausbrüchen ausgelöst worden, Anlaß war meist eine Frau in der Fremde oder in der Heimat gewesen.

Risso und Böker zählen auch Heimweh zu den Ursachen dieser Wahnerkrankungen.

5. Abschliessend werden noch einige ärztliche Stellungnahmen zu Gastarbeitererkrankungen angeführt: Medizinalrat Dr. Gmelin (13) führt unter Hinweis auf Weinzierl als besonders häufige Ursache für gastro-intestinale Störungen bei Gastarbeitern weniger Ernährungsumstellungen als vielmehr nervöse Dysfunktionen durch belastende Fremdreize an: Umgebungsschwierigkeiten, Lagerleben und Heimweh, das auch zu weiteren psychosomatischen Störungen führte. Ähnlich auch I. F. Scholz (49).

W. Pfeiffer schreibt (36) über Patienten aus Mittelmeerlandern, daß die Krankschreibungsrate bei Italienern am höchsten sei, was mit den in der vorliegenden Arbeit erhaltenen Untersuchungsergebnissen nicht ganz übereinstimmt. Neben TBC seien psychosomatische Erkrankungen am häufigsten.

Epileptische Anfälle, so mehrfach von Dantz beobachtet, wären den Kranken aus Italien, Spanien und der Türkei oft selbst nicht bekannt gewesen.

Außerdem würde in den Heimatländern kein EEG gemacht. Neurologische Untersuchungen sind bei den Auswahlverfahren nicht vorgesehen.

E. Munz (30) betont die Wichtigkeit des ärztlichen Gesprächs zur Verhinderung seelischer Erkrankungen, die durch Vereinsamung, Übermüdung und durch körperliches oder seelisches Versage verursachte Angstzustände hervorgerufen werden.

Montine (28) führt Vereinsamung als häufigste Ursache für Erkrankungen von Gastarbeitern an.

Neben Gastritis und Magengeschwüren handele es sich in der Mehrzahl der Erkrankungsfälle um Dpressionszustände und Überlastungssyndrome. Auch stoße die Einweisung aufgrund der Genannten Krankheitsbilder auf Widerstand seitens der Ausländer, die sich dort im Krankenhaus noch vereinsamter vorkämen.

In großen Kliniken, so schlägt Montini vor, sollte mindestens ein ausländischer Arzt tätig sein, damit ausländischen Patienten, "bei denen psychologischer Einfluß notwendig sei", dort behandelt werden könnten.

Über soziale Probleme griechischer Arbeitnehmer schreibt Roufogalis (46): Im Unterschied zu anderen aus Mittelmeerländern stammenden Arbeitnehmern seien bei den Griechen die Sprachschwierigkeiten größer, die Kenntnis Deutschlands und der Deutschen geringer und außerdem spiele Unsicherheit aufgrund der Härte der historischen Vergangenheit in Griechenland (wo nach dem Krieg noch bürgerkriegartige Kämpfe stattfanden) eine Rolle.

Die Altersspanne bei den griechischen Arbeitnehmern in der Bundesrepublik ist auch größer als bei den Gastarbeitern aus den anderen Ländern. Z. B. ist ein Drittel der weiblichen Arbeitskräfte zwischen 40 und 50 Jahre alt. Auch haben die griechischen Gastarbeiter im Gegensatz zu den Italienern und Spaniern keine seel-sorgerische Betreuung, hebt Roufogalis hervor. Aus seiner ärztlichen Erfahrung teilt er auch noch mit, daß die Griechinnen Gemeinschaft mit anderen Griechinnen in der Fremde benötigen, da sie sonst Angst bekämen und seelisch krank würden. Als psychische Hauptbelastung nennt Roufogalis die Umstellung in der Ernährung, in den Arbeitsverhältnissen, das Tempo, die Unterkunft und die Vereinsamung. Auch seien in der ärztlichen Praxis die Sprachbarrieren ein wesentlicher Faktor.

III. Klinischer Teil

Im folgenden werden die Krankengeschichten der ausländischen Patienten der Universitätsnervenklinik München im erwähnten Zeitraum von 1969 - 1971 untersucht und nach verschiedenen Gesichtspunkten ausgewertet.

Wie bereits aus der Fachliteratur hervorging, führen soziale Faktoren und migrationsbedingte Syndrome zu seelischen Belastungen, die sich zu funktionellen Störungen und organischen Erkrankungen entwickeln können. Hierbei muß wiederum zwischen latenten endogenen Dispositionen unterschieden werden, die durch die plötzliche Belastung zum Ausbruch kommen, und exogen bedingten Erkrankungen. Die Krankheitsbilder können dabei sowohl internistisch sein, z.B. Herz- und Kreislauf-

schäden oder Erkrankungen der Verdauungsorgane, als auch im neurologischen oder psychiatrischen Bereich auftreten. Im psychiatrischen Bereich können also soziogene Neurosen und Psychosen als Folge seelischer Überbelastung auftreten, und neben abnormen Reaktionen und Alkoholabusus können bei entsprechenden Anlagen auch endogen bedingte psychiatrische Erkrankungen zum Ausbruch kommen.

Die neurologischen Fälle - etwa die Hälfte - wurden zwar zahlenmäßig erfaßt, aber in die engere Untersuchung (als nicht unmittelbare psychiatrische Erkrankung) nicht mit einbezogen.

Es wurde versucht, die psychiatrischen Erkrankungen je nach Diagnose nach ihrer exogenen oder endogenen Bedingtheit zu ordnen, obwohl der repräsentative Wert dieses Verfahrens wegen der fließenden, nicht immer klar diagnostizierbaren Grenzen nur bedingt gelten kann. Zur weiteren Klärung in sozialpsychiatrischer Hinsicht werden die Angaben der Patienten zur Person, zum Geschlecht, Alter, Familienstand, Herkunftsland und Aufenthaltszeit in der Bundesrepublik Deutschland entsprechend zusammengestellt.

Dabei interessiert, welche Erkrankungen bei welchen Patienten, in welchem Umfang in der Universitätsnervenklinik behandelt wurden und wie der Therapieerfolg war. Es wird von der Hypothese ausgegangen, daß aufgrund der - eingangs erwähnten - seelische Belastungen verursachenden Faktoren die Mehrzahl der seelischen Erkrankungen bei den Gastarbeitern und Studenten als exogen bedingte abnorme Reaktionen zu bewerten sind und damit zu

den psychischen Zustandsbildern migrationsspezifischer Syndrome gehören.

Beim Überblick über die vorliegenden Krankengeschichten ergaben sich folgende Zahlenrelationen (vgl. Tabelle 1):

Im Zeitraum von 1969 bis 1971 wurden 274 ausländische Patienten in der Universitätsnervenklinik behandelt.

138 Patienten in der Neurologie, 136 Patienten in der psychiatrischen Abteilung (vgl. Tabelle 2). Von diesen 136 psychiatrischen Patienten waren 87 ausländische Arbeitnehmer aus dem Großraum München, 49 sonstige Ausländer, Studierende, Touristen u.a. aus dem Großraum München. In die nähere Auswahl kamen 78 Krankengeschichten von Arbeitnehmern, die in München wohnten und beschäftigt waren. Von diesen 78 Patienten waren 50 mit der Diagnose abnorme Reaktionen und Alkoholabusus klassifiziert.

Die übrigen 28 litten an Psychosen verschiedener Art, Epilepsie sowie an sonstigen seelischen Störungen.

Gesondert wurden außerdem die Krankengeschichten von weiteren 11 psychiatrischen Patienten der Universitätsnervenklinik und zwar von ausländischen Studierenden mit ausgewertet, von denen 6 als an abnormen Reaktionen erkrankt diagnostiziert worden waren (vgl. Tabelle 3).

Zum Vergleich wurden Zahlen und Anteile der im Zeitraum von 1969 - 1971 im Bereich des Arbeitsamtes München wohnhaften und arbeitenden ausländischen Arbeitnehmer insgesamt, differenziert nach Geschlecht und Herkunftsland herangezogen (vgl. Tabelle 4). Aus dieser Tabelle ergibt sich im

erwähnten Zeitraum eine Zunahme der ausländischen Arbeitnehmer von ca. 88 000 (1969) auf ca. 144 000 (1971). Dabei ging der Anteil der weiblichen Arbeitskräfte von 30 % 1969 auf 26 % 1971, im Durchschnitt also auf 28 % zurück. Der prozentuale Anteil der Griechen hielt sich im erwähnten Zeitraum konstant bei 13 %, der Anteil der Italiener war rückläufig (20 ./ . 15, ca. 17 %), der Anteil der Türken blieb bei 15 %, der Anteil der Jugoslawen stieg von 22 % 1969 auf 30 % 1971, der Anteil sonstiger Herkunftsländer verminderte sich geringfügig, ca. 27 % im Durchschnitt. Das Durchschnittsalter der Patienten lag zwischen 20 und 40 Jahren.

In Tabelle 5 ist der prozentuale Anteil der ausländischen Arbeitnehmer = Patienten in der psychiatrischen Abteilung der Universitätsnervenklinik München (78 Fälle) nach Herkunftsland mit dem prozentualen Anteil der gesunden ausländischen Arbeitnehmer nach Herkunftsland zum Vergleich zusammengestellt.

Dabei ergibt sich, daß bei einem Gesamtanteil von 14 % der griechischen Arbeitnehmer 19 % der Patienten Griechen waren. (vgl. auch hierzu Roufogalis (46)).

An zweiter und dritter Stelle folgen Italiener und Türken; am gesündesten erscheinen die Jugoslawen, die bei einem durchschnittlichen Gesamtanteil von 27 % nur 15 % der psychiatrischen Patienten stellten. Die prozentualen Anteile Kranker (28 %) und Gesunder (27 %) aus den übrigen Ländern erscheinen ausgeglichen. Von den psychiatrisch erkrankten Patienten waren 26 % Frauen, während 28 % der gesunden Arbeitskräfte insgesamt Frauen waren. Zum Familienstand

geht aus den Daten hervor, daß ungefähr die Hälfte der Patienten verheiratet war.

Nach Limbach (24) hatten von den verheirateten ausländischen Arbeitnehmern den Ehegatten im Bundesgebiet:

	i. v. H.	
	Männer	Frauen
Griechen	78	94
Italiener	54	97
Jugoslawen	34	78
Spanier	60	95
Türken	34	73
Übrige	91	90

Wie schon erwähnt, stellen in dem hier bearbeiteten Zusammenhang die psychiatrischen Patienten das wichtigste Krankematerial dar. Aufgrund der eingangs erwähnten besonderen Anpassungsschwierigkeiten für die ausländischen Arbeitnehmer in einem für sie extrem fremden Großstadtmilieu wurden die Krankengeschichten der ausländischen psychiatrischen Patienten, die in München wohnhaft und beschäftigt waren, einer genaueren Untersuchung unterzogen.

Die 78 Fälle wurden nach Herkunftsland, Geschlecht und Familienstand sowie nach Aufenthaltsdauer zum Zeitpunkt der Erkrankung eingeordnet (vgl. Tabelle 6).

Bezüglich der Aufenthaltsdauer zum Zeitpunkt der Erkrankung ergab sich, daß die meisten Fälle im ersten

Aufenthaltsjahr (36 %) und bis zu zwei Jahren Aufenthaltszeit (27 %) auftraten.

Die übrigen Fälle verteilen sich zur Hälfte (18 %) auf eine Aufenthaltsdauer unter 5 Jahren, während die andere Hälfte (19 %) bereits länger als 5 Jahre im Land waren. Daraus kann man schließen, daß der Ausbruch der seelischen Erkrankung infolge der schlechten Angepaßtheit an die neue Umgebung mit all ihren Schwierigkeiten besonders in den ersten zwei Jahren begünstigt wurde (vgl. Eitinger (8) und Malzberg-Lee (26)).

In Tabelle 7 wurden die 78 Fälle wurden die 78 Fälle nach psychiatrischen Krankheitsgruppen, nach Geschlecht, Familienstand und Diagnose der jeweiligen Erkrankung geordnet. Der überwiegende Anteil (43 Fälle) der Erkrankungen wurde als abnorme Reaktion diagnostiziert (vgl. auch Tabelle XLIX, Pintér)

Bei weiteren 7 Patienten wurde die Diagnose Alkoholabusus mit depressivem Syndrom gestellt und diese mit zur Gruppe der exogen bedingten seelischen Erkrankungen gerechnet. Die Gruppe Psychosen und Epilepsie als endogen bedingte Erkrankungen sowie sonstige seelische Störungen enthielten insgesamt 29 Fälle (vgl. auch w. o. Pfeiffer (36)).

In Tabelle 8 sind die insgesamt 50 an abnormen Reaktionen und Alkoholabusus erkrankten Patienten nach Herkunftsland, Geschlecht und Familienstand eingeteilt. Dabei ergibt sich auch hier, daß etwa die Hälfte der Erkrankten verheiratet waren. Wie aus der Zwischensumme der abnormen Reaktionen

und des Alkoholabusus auf dieser Tabelle ersichtlich ist, waren von den 31 männlichen Patienten 15 verheiratet, von den 19 weiblichen waren 13 verheiratet.

In Tabelle 9 wurden die subjektiven Beschwerden der an abnormen Reaktionen und Alkoholabusus erkrankten Patienten (50 Fälle), nach Geschlecht unterteilt, zusammengestellt. In 9 Fällen wurden finanzielle Schwierigkeiten, in 14 Fällen wurden Ehe- und Familienprobleme angegeben, 12 Fälle liegen in der Rubrik unklare Ursachen. Obgleich die verschiedenen subjektiven Beschwerden und angegebenen Gründe sowie Daten zum jeweiligen Familienstand mit entsprechenden Problemen als krankheitsauslösende Faktoren angesehen werden können, lassen sich dennoch daraus keine klinisch verwertbaren Schlüsse ziehen. Auch fehlen in diesen Krankengeschichten Angaben zu Heimwehaspekten.

Während die Mehrzahl der an Psychosen erkrankten, unheilbaren Fälle zur weiteren Behandlung in ihr Heimatland zurückgeschickt wurden, konnten die an abnormen Reaktionen und Alkoholabusus erkrankten Patienten nach einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 4 Wochen mit üblicher Medikation als gebessert entlassen werden (vgl. auch Tabelle LV und LVI Pintér) .

Klinisch lassen sich aus dieser ersten Erhebung allerdings noch keine neuen Erkenntnisse entnehmen. Dafür müßten über längere Zeiträume und auch an anderen Kliniken entsprechende Beobachtungen durchgeführt werden , auch mit unter Umständen unterschiedlichen Behandlungs-

methoden, um deren Ergebnisse vergleichen zu können. Außerdem wäre in diesem Fall anzuregen, daß für die Erstellung der Anamnesen, der Daten sowie des Krankheits- und Behandlungsverlaufs eine Art schematischer Fragebogen erarbeitet würde, damit die Ergebnisse besser miteinander verglichen werden können. Zu vielen, bezüglich exogen bedingter Erkrankungen der ausländischen Patienten relevanten Fragen enthielten die Krankengeschichten zu wenig oder gar keine Unterlagen.

Zusammenfassend ist zu bemerken, daß u.a. insbesondere die meist isolierten Lebensverhältnisse der Gastarbeiter einem gesunden Integrations- und Anpassungsprozeß nicht förderlich sind, daher starke seelische Belastungen verursachen und schließlich zu abnormen Reaktionsverhalten führen können. Dafür spricht auch, daß in der Regel schon ein 4-wöchentlicher Aufenthalt in der Klinik und die persönliche Betreuung durch das Personal und die ärztliche Zuwendung eine Entlassung der Patienten als mindestens gebessert möglich wurde und keine Wiederaufnahmen aus diesem Patientenkreis wegen Rezidivs bekannt wurden.

(vgl. auch w.o. "über die Wichtigkeit des ärztlichen Gesprächs").

IV. Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurde über seelische Erkrankungen bei Ausländern, die im Zeitraum von 1969 - 1971 in der Universitätsnervenklinik München in stationärer Behandlung waren, berichtet.

Bei der Analyse der Krankengeschichten wurde versucht, neben klinischen auch sozialpsychiatrische Aspekte sowie die in der Literatur unter dem Begriff "Migrationskrankheiten" bekannten Erkenntnisse mitzuverarbeiten. Im ersten Teil wird die etwas heterogene Fachliteratur vorwiegend unter migrationsspezifischen Gesichtspunkten betrachtet. Nach kurzer Einführung zur Umwelts- und Minoritätenproblematik wird die psychiatrisch relevante "Heimwehliteratur" erwähnt, zum Vergleich psychiatrische Forschungen über seelische Erkrankungen von KZ-Häftlingen, Kriegsgefangenen und Flüchtlingen angeführt und schließlich noch von Beiträgen über ärztliche Erfahrungen mit Erkrankungen von Gastarbeitern in der Schweiz und in der Bundesrepublik berichtet.

Im klinischen Teil der Arbeit wurde versucht, aus den im Zeitraum von 1969 - 1971 in der Universitätsnervenklinik München erstellten Krankengeschichten von ausländischen Patienten mit seelischen Erkrankungen weitere Grundlagen für Krankheitsursachen zu gewinnen. Dabei wurde von der Hypothese ausgegangen, daß diese Erkrankungen zu den Migrationskrankheiten gehören, also vorwiegend exogen bedingt und auf seelische Belastungen zurückzuführen sind, die sich aus den schwierigen, oft isolierten Lebensver-

hältnissen der Ausländer in einer extrem fremden Umgebung ergeben.

Soweit es möglich war wurde auf nationale Besonderheiten der Gastarbeiter eingegangen.

Die Analyse der Krankengeschichten ergab, daß die absolute Mehrheit der psychiatrischen Patienten an abnormen Reaktionen und Alkoholabusus erkrankt war. Im Durchschnitt hatte eine vier-wöchentliche stationäre Behandlung mit üblicher Medikation genügt, um die Patienten gebessert entlassen zu können. Allerdings ließen die Krankengeschichten keine genaueren verifizierbaren Schlüsse darüber zu, welche Ursachen den Erkrankungen im einzelnen zugrunde lagen, um daraus evtl. Grundlagen für prophylaktische Maßnahmen ableiten zu können.

Die vorliegende Arbeit kann nur als ein erster Ansatz gewertet werden, zur Problematik seelischer Erkrankungen von Ausländern klärend oder erhellend beizutragen. Zur haltbaren Verifizierung der aufgestellten Hypothese wären Untersuchungen in größerer Breite und über einen längeren Zeitraum anzulegen. Das gesellschaftliche Problem der Gastarbeiter und ihre medizinische Betreuung schließt aber sicher die Notwendigkeit ein, daß die Psychiatrie, insbesondere die Sozialpsychiatrie, mit zur vorsorgemedizinischen Versorgung beitragen und die Grundlagen dafür durch weitere empirische Arbeiten schaffen.

Ausländische Arbeitnehmer - Patienten der Universitätsnervenklinik München
Zahlenrelationen zum Vergleich im Zeitraum 1969 - 1971

davon und	274 Patienten-Ausländer in der Universitätsnervenklinik München 138 Patienten in der Neurologie 136 Patienten in der Psychiatrie
insgesamt	136 Patienten in der Psychiatrie der Universitätsnervenklinik München
davon	87 Patienten aus dem Großraum München 49 Patienten Touristen, Sonstige (z.B. Studierende) aus dem Großraum München
Ausgewählt wurden	78 Krankengeschichten der psychiatrischen Abteilung - Arbeitnehmer wohnhaft in München
davon	50 Patienten mit abnormen Reaktionen und Alkohol abus
außerdem	11 Patienten psychiatrisch, ausländische Studierende
davon	6 Patienten mit abnormen Reaktionen

T. 2)

Ausländische Arbeiter - Patienten der Universitätsneurologischen Klinik München

Anteile der neurologischen und psychiatrischen Fälle im Zeitraum 69 - 71

nach Fällen insgesamt und in v.H.

Anzahl d. Fälle	Patienten insgesamt				neurologische Patienten,				psychiatrische Patienten				
	in v.H.		davon Frauen		insgesamt		davon Frauen		insgesamt		davon Frauen		
			Personen	in v.H.	Personen	Pers.	in v.H.	Personen	Pers.	in v.H.	Personen	Pers.	in v.H.
1969 - 1971 insges.	274	100	71	26	138	21	15	136	50	37			
davon													
1969	80	29	21	26	45	12		35	9				
1970	82	30	25	30	46	7		36	18				
1971	112	41	25	22	47	2		65	23				

Tabelle Nr. 3

Ausländische Studierende nach Krankheitsform, Geschlecht, Alter, Familienstand
Aufenthaltsdauer in der Bundesrepublik und Herkunftsland

Art der Erkrankung	Geschlecht	Alter	Familienstand	Aufenthalt in BRD	Herkunftsland
Abnorme Reaktionen	M	26	ledig	14 Tage	Iran
	M	31	ledig	5 Monate	Kamerun
	M	30	ledig	9 Jahre	Lybien
	F	20	ledig	2 Monate	Finnland
	M	28	ledig	6 Monate	CSSR
Epilepsie	M	31	ledig	6 Jahre	Iran
	M	25	ledig	wenige M.	Türkei
Psychosen	M	20	ledig	-	Österreich
	M	32	ledig	2 Jahre	Kamerun
	M	25	ledig	1 Jahr	Iran
	M	22	ledig	1 Jahr	USA
	M				

Anzahl der ausländischen Arbeitnehmer 1969 - 1971 in München nach
Herkunftsland und Geschlecht

Ausländische im Bereich des Arbeits- amtes München +	nach Herkunftsland in v.H.					
	Personen insgesamt	davon Frauen in v.H.	Griechen	Italiener	Türken	Jugoslawen
1969	87 919	30	13	20	16	22
1970	118 077	28	14	20	15	28
1971	143 869	26	14	15	15	30
im Durchschnitt in v.H. 1969 - 1971		28	14	17	15	27

+) wohnhaft und arbeitend in München

X) Spanien und Österreich nicht gesondert aufgeführt

Spanien: keine Patienten

Österreich: keine Sprachbarriere als ^{deutlich}signifikante Kulturunterschiede

T. 3) Ausländische Arbeitnehmer - Personen in der Universitätsnervenklinischen Psychiatrische Enkeltkategorien
nach Herkunftsland in Personen, in v. H., und im prozentualen Anteil der Arbeitnehmer/aus dem jeweiligen
Herkunftsland (vgl. Tabelle 1)

Ausländische Arbeitm.		nach Herkunftsland												
		insges.	in v. H.	davon Frauen	Griechen		Italiener		Türken		Jugoslawen		Sonstige	
					P.	v. H.	P.	v. H.	P.	v. H.	P.	v. H.	P.	v. H.
1969 - 1971 im Durchschnitt in v. H.		100	28		14			17		15		27		27
psychiatrische Patienten 1969 - 1971	78	100	Pers.											
			in v. H.											
			30	26	15	19	16	20	14	18	13	15	20	28

Ausländische Arbeitnehmer - Patienten der Universitätsnervenklinik München
 Psychiatrische Erkrankungen nach Herkunftsland, Geschlecht, Familienstand in Personen und vom Hundert
 nach Aufenthaltsdauer in der BRD zum Zeitpunkt der Erkrankung nach Jahren

Ausländische psych. Patienten	Fälle insgesamt			Herkunftsland				Sonstige
				Griechenland	Italien	Türkei	Jugoslawien	
Anzahl der Patienten	78	in v.H.	davon Fr.	15	16	14	13	20
	78	100	P. in v.H.	M	F	M	F	M F
nach Geschlecht			30 26	8 7	12 4	7 7	9 4	12 8
davon verheiratet			16 24	2 3	8 2	3 3	5 3	4 5
=====								
Patienten nach Aufenthaltsdauer in der BRD zum Zeitpunkt der Erkrankung in Jahren								
davon								
unter 1 Jahr	28	36		6	6	6	5	5
unter 2 Jahren	21	27		4	2	4	3	8
unter 3 Jahren	14	18		3	3	2	2	4
über 5 Jahre	15	19		2	5	2	3	3

Krankheiten	Diagnose	insges.	Fälle (Pers.)	M	davon verh.	F	davon verh.	Studierende
abnorme Reaktionen	reaktive Depr.	43	18	10		8		3
	paranoide Reaktion		12	7		5		2
	reaktive Erregungs- zustände u. sonst. Reaktionen		13	8		5		1
Alkoholabusus mit depressivem Syndrom		7	7	6		1		
	abnorme Reaktionen u. Alkoholabusus insges.	50		31	15	19	13	6
Epilepsie		9	9	5		4		1
	endokrine Depr.		4	2		2		
	zyklothym		1	1				
	Schizophrenie	13	5	3		2		3
	paranoide, para- phrene Form							
Psychosen	Schizophrenie katatone Form		2	2				
	Schizophrenie Hebephrenie		1			1		1
Psychosen und Epilepsie insges.		22						5
sonstige seelische Störungen		6	6	4		2		
Insgesamt		78	78	48	22	30	16	11

Tabelle Nr. 8

Ausländische Arbeitnehmer = Patienten der Universitätsnervenklinik München
 Psychiatrische Erkrankungen: Abnorme Reaktionen nach Herkunftsland, Geschlecht und Familienstand

Abnorme Reaktionen und Alkoholabusus	insgesamt	Griechen			Italiener			Türken			Jugoslawen			Sonstige		
		M.	v.	Fr. v.	M. v.	Fr. v.	M. v.	Fr. v.	M. v.	Fr. v.	M. v.	Fr. v.	M. v.	Fr. v.		
	50	5	3	4 2	6	3	3 2	5 2	4 3	6 4	3 2	8 3	5 4			
insgesamt davon verheiratet	50 28	9 9 5 5			9 9 5 5			9 9 5 5			9 9 6 6			13 13 7 7		

M = Männer

Fr. = Frauen

v. = verheiratet

Tabelle Nr. 9

Krankheiten	insgesamt	Geschlecht	finanzielle Schwierigk.	Ehe- und Familien- schwierig- keiten	Kontakt- schwierig- keiten	unklar
Abnorme Reaktionen mit paranoischer Reaktion	50	Frauen 19	4	6	5	4
Alkoholabusus mit depressi- ven Gedanken		Männer 31	5	8	10	8
ausländische Arbeitnehmer, die in München wohnen und arbeiten	50	50	9	14	15	12

Tabelle LVI

Heilerfolg	Männer	Frauen	Total
geheilt	52	21	73
gebessert	124	52	176
unverändert	70	14	84
verschlechtert	12	23	35
unbekannt	3	2	5

Tabelle LV

Behandlungsart	Männer	Frauen	Total
Elektroschock, Insulin	31	17	48
Neuroleptie	105	48	153
Beschäftigungstherapie	149	53	202
Psychotherapie	37	40	77
Andere Behandlungen	97	18	115

Tabelle LI

Jahr	Flüchtlinge absolut	auf 10 000	Schweizer absolut	35 auf 10 000	Budapest absolut	36 auf 10 000
1957	9	6,5	5 141	10,1	472	2,7
1958	12	10,0	5 096	9,9	488	2,7
1959	13	11,8	5 357	10,3	472	2,6
1960	15	15,0	5 445	10,3	518	2,9
1961	27	28,3	5 550	10,2	554	3,1
1962	19	19,0	5 495	9,9	586	3,2
1963	20	20,0	5 451	10,1	617	3,4
Durchschnitt der 7 Jahre		15,8		10,1		2,9

35 Schweiz. Geisteskrankenstatistik, Eidg. Statistisches Amt, Bern

36 Föv. Tanacs Egeszsegügyi Oszt. Közleménye, Budapest

Tafel XLIX

	Männer	Frauen	Total
Psychogener Erregungszustand	63	13	76
Paranoide Reaktion	4	1	5
Ansätze zu paranoider Entwicklung	22	3	25
Paranoide Entwicklung	11	4	15
Reaktive Depression	18	15	33
Ansätze zu depressiver Entwicklung	4	2	6
Depressive Entwicklung	6	5	11
Hypochondrische Entwurzelungsdepression	2	1	3
Andere reaktive Zustandsbilder	20	12	32
Total	150	56	206

ANHANG

Zum Begriff der nostalgischen Reaktion von CH. Zwingmann

1959 hat Zwingmann den Begriff der "nostalgischen Reaktion" geprägt, den er auch als "rückbezügliche Lehnbetonung" bezeichnet und mit dem er eine psychologische Aklimatisationserscheinung mit periodischem Verlauf meint, die oft eine tiefgreifende Wirkung auf das Gesamtbefinden und Verhalten des Menschen ausübt.

Als äußerliche Voraussetzung und unmittelbaren Anlaß für die nostalgische Reaktion ist eine physisch-geographische Trennung von einem affektbesetzten Objekt (Vater, Mutter, Frau etc.) von Zwingmann postuliert worden.

Zwingmann führt fünf nostalgische Reaktionsgrade in Bezug auf die Trennung auf:

1. Hat die Trennung freiwillig oder unter Zwang stattgefunden?
2. Was für Verbindungsmöglichkeiten bestehen zwischen den betroffenen Personen?
3. Inwieweit ist die Gesamtzielstruktur durch die Trennung beeinflusst?
4. Wie groß ist der Kontrast zwischen dem gewohnten und dem neuen Milieu?
5. Ist eine Rückkehrmöglichkeit vorhanden?

Insbesondere der vierte Punkt, in dem von Kontrasten zwischen dem heimatlichen und dem neuen Milieu die Rede ist, wird von Zwingmann besonders untergliedert.

- a) klimatisch-topographische Kontraste, die Bedeutung des Klimas und spezifischer Wetterbedingungen und ihr Einfluß auf die Gemütsverfassung auf den Menschen sind bekannt (vgl. z.B. den Zusammenhang zwischen Nebeldichte und Selbstmord).
- b) Unterschiede im Arbeitsrythmus und Arbeitstempo
- c) Unterschiede in kulturellen Wertbeziehungen (z.B. Auffassungen von der Religion).
- d) Unterschiedliche Auffassung in Fragen der Ordnungs- und Sauberkeitsliebe (Bedeutung und Gestaltung der Unterkunft).
- e) Unterschiede in den Familienbeziehungen,
- f) Unterschiede im emotionalen Ausdruck,
- g) drastische Unterschiede in Lebensgewohnheiten, moralischen Auffassungen und der Weltanschauung

Zum Erscheinungsbild des Syndroms der nostalgischen Reaktion hat Zwingmann acht Punkte zusammengestellt:

- 1. Depressionsgefühle
- 2. Angs, daß den Familienangehörigen etwas zustoßen könne
- 3. Verringeretes Einfühlungsvermögen
- 4. Schuldgefühle (vor allem darüber, daß man die Familie im Stich gelassen hat)
- 5. Ermüdungserscheinungen und Vitalitätsverlust, Antriebsschwäche
- 6. Erhöhte Sensitivität und Irritierbarkeit, oft gemischt mit leicht paranoiden Zügen
- 7. Konzentrationsunfähigkeit
- 8. erhöhte Krankheits- und Unfallbereitschaft (ein besonders wichtiger Faktor im Betrieb)

Schließlich beschäftigt sich Zwingmann mit den Möglichkeiten nostalgische Reaktionen zu behandeln. Dabei betont er ausdrücklich, daß das nostalgische Phänomen keine abnorme Reaktion darstellt. Eine symbolische Rückschau "post seperationem" sei gewissermaßen eine emotionale Notwendigkeit, als sie eine Affektkontinuität in der Übergangs- und Anpassungsphase sichere. Ein Konflikt zwischen der sozial-affektiven Befriedigung, die die heimatische Umgebung bietet, und der Notwendigkeit, sich von dieser Abhängigkeit zu lösen und bei der Gruppe Anerkennung zu finden, ist im modernen Zeitalter in der Regel unvermeidlich. Bei vielen Menschen dieser materialistischen Ära siegt der Erfolgshunger (im weitesten Sinn) über das Affektbedürfnis. Ein überzeugendes Argument für die Wichtigkeit der Berücksichtigung nostalgischer Reaktionen ist die Tatsache, daß sie im Falle von Krankheit den Heilprozeß zu verzögern oder sogar in Frage stellen kann. Dies ist nicht nur bei Kindern der Fall, wie Schwab (1925) und andere erwähnt haben, sondern auch bei relativ undifferenzierten Erwachsenen, zu denen der Gastarbeiter zählt.

Zwingmanns Anliegen ist es deshalb nicht, nostalgische Reaktionen bei Gastarbeitern zu verhindern, sondern sie erkennen, verstehen und abschwächen zu können sowie Krankheitstendenzen vorzubeugen.

Zum Abschluß seiner Arbeiten gibt er Ratschläge wie bei der nostalgischen Reaktion durch psychologisch fundierte Aufklärung den Gastarbeitern zu helfen wäre.

LITERATURVERZEICHNIS

1. Allers, R. Psychogene Störungen in sprachfremder Umgebung
Neur. Psychiat., 60, 281-289 (1920)
2. Battegay, R. Der Mensch in der Gruppe
Huber-Verlag, Bern-Stuttgart (1967)
3. Bauer, E. Die jugoslawischen Gastarbeiter in West-europa
Donauraum 15, 140-151 (1970)
4. Behrendt, R.F. Die Assimilation ausländischer Arbeitskräfte in soziologischer Sicht
Präv. Med., 8, 337-344 (1963)
5. Besmer, H.J. Die Einstellung der schweizer Arbeiter zum Italiener
Präv. Med., 8, 355-360 (1963)
6. Cranach, M.
Finzen, A. Sozialpsychiatrische Texte
Springer-Verlag, Heidelberg-Berlin-New York (1972)
7. Dahnen, J.
Kozlowicz, W. Ausländische Arbeitnehmer in der BRD
Kohlhammer-Verlag, Stuttgart (1963)
8. Eitinger, M.D. The incidence of Mental Disease Among Refugees in Norway
Brit. J. Psychiatr., 105, 326-338 (1959)
9. Everett, S.L.
Malzberg, B. Migration and Mental Disease
A Study of first Admissions to Hospital for Mental Disease,
Social Science Research Council,
New York, (1956)
10. Frankl, V.E. Psychologie und Psychiatrie des Konzentrationslagers, Psychiatrie der Gegenwart,
Bd. III, 743-758, Springer-Verlag, Berlin (1961)
11. Gasser, Chr. Die Assimilation ausländischer Arbeitskräfte aus der Sicht des Unternehmers,
Präv. Med., 8, 411-415 (1963)
12. Gallas, T. Praktische Erfahrungen in der Betreuung italienischer Arbeitskräfte, Präv. Med., 8, 370-380 (1963)

13. Gmelin, W. Ärztliche Probleme der Gastarbeiter in
der BRD, Ärztliche Praxis 17, 886-890
(1965)
14. Erikson, E.H. Identität und Entwurzelung in unserer
Zeit
Klett-Verlag, Stuttgart (1966)
15. Ernst, F. Vom Heimweh
Fretz & Wasmuth-Verlag, Zürich (1949)
16. Harmsen, H. Die Integration heimatloser Ausländer und
nichtdeutscher Flüchtlinge in Westdeutsch-
land
Hofmann-Verlag, Augsburg (1958)
17. Hofstätter, P.R. Sozialpsychologie
Springer-Verlag, Berlin-Göttingen-Heidel-
berg (1956)
18. Idem, Emigration and Mental Health
Ment. HVG 20, 546-553 (1936)
19. Jaspers, K. Heimweh und Verbrechen
Kriminalistik 35, 1 - 116 (1909)
20. Kaiser, G. Die Kriminalität der Gastarbeiter und ihre
Erklärung als Kulturkonflikt
Kriminalistik 23, Nr. 5 251-253
Nr. 6 308-311, Hamburg, (1969)
21. Kendell, R.E. Depressionen bei Ethnischen Minder-
heiten, Hrg. M.v.Cranach - A.Finzen, 242
Berlin-New York (1972)
22. Knigge, F. Ein Beitrag zur Frage des primitiven
Beziehungswahns, Neurol.Psychiatr. 153,
622, (1932)
23. Kongreßbericht der Deut- Gesundheitsfragen der Gastarbeiter in
schen Zentrale f. Volks-
gesundheitspflege
Deutschland, ffm, (1963)
24. Limbach, H.R. Ausländische Studenten in Deutschland
Caritas 70, 214-217 (1969)
25. Lindner, J. Heimweh, Neurol.Psychiat. 173, 44 (1940)
26. Malzberg, B.
Lee, E.S. Migration and Mental Disease
Social Science Research Council, New York
(1956)

27. Mezey, A.G. Personal Background Emigration and Mental Disorder in Hungarian Refugees (The British J. of Psych.) 618-628 Churchill, LTD, London (1960)
28. Montini, A. Ärztliche Probleme unserer Gastarbeiter Umschau in Wissenschaft und Technik 20, 674, Frankfurt/Main (1966)
29. Müller-Hegemann D. Soziogene Neurosen und Psychosen, Sozialpsychiatrie, 2, 81-85, Berlin-Heidelberg-New York
30. Munz, E. Der Fremdarbeiter in der Sicht des Arztes Allgemeine Fischwirtschaftszeitung, 17, 26-29, (1965)
31. Munz, E. Ärztliche Begegnung mit dem ausländischen Arbeiter, Ther.Umsch. 23, 281-286 (1966)
32. Muraros, G. Gespräch des Arztes mit dem italienischen Arbeiter Schweiz.Ärzteztg. 43, 1137-1144 (1966)
33. Örnulf, Ödegaard, M.D. Emigration and Insanity On Mental-Hygiene, 7 - 203, Oslo-Kopenhagen (1932)
34. Onckels-Ruthe, I. Gastarbeiter machen den Ärzten Sorgen, Der niedergelassene Arzt, 14, 11-12, Köln (1965)
35. Panse, F. Angst und Schreck in klinisch-psychologischer und sozialmedizinischer Sicht Georg Thieme-Verlag, Stuttgart, (1952)
36. Pfeiffer, W. Gastarbeiter machen den Ärzten Sorgen, Ärztliche Praxis, 17, 803-804, München, (1965)
37. Pfister-Ammende, M. Psychoanalyse in der Welt der Vertriebenen und Heimatlosen, Das psychoanalytische Volksbuch, 25 - 53, Bern (1957)
38. Pfister-Ammende, M. Zur Psychopathologie der Entwurzelung, Med.Wschr. 80, Schweiz, (1950)

39. Pfister-Ammende, M. Psychologie und Psychiatrie der Internierung und des Flüchtlingsdaseins, Psychiatrie der Gegenwart, Bd. III, 760-792, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg (1961)
40. Pinter, E. Psychosomatische Störungen und Flüchtlingsdasein Praxis, 56, 1128-1129 (1967)
41. Pinter, E. Psychische Erkrankungen ungarischer Flüchtlinge in der Schweiz, Akt. Fragen Psychiatr. Neurol., 6, 82-95, Karger-Verlag, Basel-New York (1967)
42. Pinter, E. Psychische Morbidität der südländischen und osteuropäischen Emigranten in der Schweiz, Sozialpsychiatrie, 3, 143-148, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York (1968)
43. Pinter, E. Wohlstandsflüchtlinge Karger-Verlag, Basel-New York (1969)
44. Redshaw, G.M. Psychiatrie Problems, Amongst Migrants Med. J. Aust. 2, 852, (1956)
45. Risso, M.
Böcker, W. Verhexungswahn Karger-Verlag, Basel-New York (1964)
46. Sotor-Roufogalis Die sozialen Probleme der griechischen Arbeitnehmer aus der Sicht des Arztes, Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche u. private Fürsorge, 45, 96-100, Frankfurt/Main, (1965)
47. Schär, M.
Bickel, J. Auswirkungen der Siedlungsform auf den Gesundheitszustand, Präy. Med. 11, 496-505 (1966)
48. Schneider, K. Über den primitiven Beziehungswahn Neurol. Psychiatr. 5, 127, 725, (1930)
49. Scholz, I.F. Gastarbeiter und Deutsche Ärzte, Umschau in Wissenschaft und Technik, 3, 94, Frankfurt/Main (1967)
50. Stirn, H. Ausländische Arbeiter im Betrieb Bartmann-Verlag, Frechen/Köln (1964)

51. Strauss, E. Psychologie der menschlichen Welt
Springer-Verlag, Berlin-Göttingen-Heidelberg
(1960)
52. Strotzka, H. Die psychologische Betreuung ungarischer
Neuflüchtlinge in Österreich
Hollinek-Verlag, Wien (1958)
53. Wilmanns, K. Heimweh oder impulsives Irresein?
Kriminalistik, 3, 136-155 (1907)
54. Wyss, R. Zur Psychopathologie zweier eigenständiger
Bevölkerungsgruppen des Berner Oberlandes,
Mschr. Psychiatr. Neurol. 5/6, 756-761,
(1963)
55. Wyss, H. Die fabrikärztliche Betreuung der aus-
ländischen Arbeitskraft
Präv.Med. 8, 381-392, (1963)
56. Zanolli, S. Untersuchung über Anpassungsprobleme
von 100 italienischen Metallarbeitern
in einem Großunternehmen in Zürich,
Präv.Med. 8, 345-354, (1963)
57. Zbinden, H. Der bedrohte Mensch
Franke-Verlag, Bern-München (1969)
58. Zwingmann, Ch. Auswirkung der nostalgischen Reaktion
auf das Verhalten ausländischer Arbeit-
nehmer,
Ausländische Arbeiter im Betrieb, H. Stirn,
70-81, Bartmann-Verlag, Frechen/Köln
(1964)
59. Zwingmann, Ch. Ein psychologisches Problem ausländischer
Arbeitskräfte, "Die Heimweh-Reaktion",
Ausländische Arbeitskräfte in Deutschland,
Hessisches Institut f. Betriebswirtschaft
187-195, Ecom-Verlag, Düsseldorf (1961)

Herrn Professor Dr.Heinz Dietrich sowie
Herrn Oberarzt Dr.Michael von Cranach
danke ich sehr herzlich für die Überlassung
des Themas sowie für die stets gewährte
freundliche Unterstützung und Beratung.

L e b e n s l a u f

Als viertes Kind meiner Eltern wurde ich im Jahre 1935 in Täbriz (Iran) geboren.

Im Jahre 1956 absolvierte ich mit Erfolg die 6. Oberschulklasse (Abteilung für Naturwissenschaft). Anschließend studierte ich an der Universität Täbriz (Fakultät für Geologie und Geschichte).

Ende des Jahres 1958 kam ich zum Studium nach Deutschland. Nach Erlernung der Deutschen Sprache begann ich mit dem Studium an der Universität München (Medizinische Fakultät), das ich am 9. Juni 1971 mit dem Staatsexamen erfolgreich abschloß. Nach einem Jahr Medizinalassistentenzeit in Chirurgie und Innere erhielt ich am 31. Juli 1972 meine Approbation vom Bayerischen Staatsministerium des Inneren in München.

München, den 14. Mai 1973

